

# Schizophrénies (278a)

Docteur Marc DUBUC  
Mai 2003

## Pré-Requis :

Séméiologie des délires

## Résumé :

Les maladies schizophréniques font parties du groupe des psychoses.  
Leur étiopathogénie est multifactorielle (héréditaire, biologique, environnementale...)  
Elles débutent chez les sujets jeunes (pic d'incidence entre 18 et 25 ans), évoluent de manière chronique et touchent autant l'homme que la femme.  
Leur prévalence sur la vie entière est évaluée à 1 %.  
La répartition de la schizophrénie dans le monde est homogène et n'épargne aucun lieu géographique et aucune culture.

## Mots-clés :

Schizophrénies, syndrome dissociatif, syndrome délirant paranoïde, syndrome autistique

## 1. Généralités

BLEULER en 1911 propose le terme de schizophrénie (schizo = diviser, phrénie = pensée) pour caractériser la perte de cohésion et la dislocation du fonctionnement psychique du sujet malade. Il se démarque alors de la conception de KRAEPLIN (1899) qui désignait ces maladies sous le terme de démences précoces, car selon lui l'évolution déficitaire était inéluctable.

Les maladies schizophréniques font parties du groupe des psychoses.  
Leur étiopathogénie est multifactorielle (héréditaire, biologique, environnementale...)  
Elles débutent chez les sujets jeunes (pic d'incidence entre 18 et 25 ans), évoluent de manière chronique et touchent autant l'homme que la femme.  
Leur prévalence sur la vie entière est évaluée à 1 %.  
La répartition de la schizophrénie dans le monde est homogène et n'épargne aucun lieu géographique et aucune culture.

La sémiologie des maladies schizophréniques est caractérisée par trois grands syndromes :

- Syndrome dissociatif
- Syndrome délirant paranoïde
- Syndrome autistique

Les critères diagnostiques du DSM IV tiennent peu compte de la notion de perte de l'unité psychique (syndrome dissociatif) et élargissent le concept de schizophrénie aux psychoses hallucinatoires chroniques et paraprénies.

La mortalité par suicide chez ces malades est très élevée (10 p. 100)

## 2. Signes cliniques

### 2.1. Le syndrome dissociatif

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (affect, pensée, comportement, langage). (Par exemple, l'affect ne correspond pas à la pensée qui est émise, ni au comportement réalisé.) La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

#### 2.1.1. Troubles du cours de la pensée

Le processus dissociatif entraîne une atteinte dynamique de la pensée. La pensée perd de sa cohérence et de sa logique et devient diffluite. Le sujet passe d'une idée à une autre sans suite logique. Les associations d'idées ne sont pas compréhensibles.

- Le barrage correspond à un arrêt brusque du discours, qui peut ne pas reprendre ou reprendre sur le même ou sur un autre thème.
- Le fading mental correspond à un engluement du discours qui ralenti puis reprend son rythme.

#### 2.1.2. Troubles du langage

- Le discours ne semble plus nécessairement destiné à établir un contact.
- Néologismes
- Mauvaise utilisation des mots (paralogisme)
- Mauvaise utilisation de la syntaxe (agrammatisme)
- Maniérisme du langage (préciosité)
- La schizophasie correspond à un langage totalement incohérent et incompréhensible.
- Mutisme ou semi-mutisme

#### 2.1.3. Altération du système logique

Le sujet schizophrène a sa propre logique qui confère au discours un aspect bizarre et impénétrable.

- Rationalisme morbide
- Altérations des capacités de raisonnement (prend les choses au premier degré)

#### 2.1.4. Troubles de l'affectivité

La discordance affective correspond à l'émission d'affects qui ne sont pas concordant avec la situation ou la pensée qui est émise (parler de la mort d'un proche avec un grand sourire)

La dissociation est à l'origine d'une ambivalence affective. Le sujet schizophrène ne parvient pas intégrer deux sentiments contradictoires et à se déterminer pour l'un d'eux.

Ces troubles de l'affectivité peuvent être à l'origine de manifestations émotionnelles déconcertantes et imprévisibles. (Réaction affectueuse spectaculaire ou agressivité brutale)

### 2.1.5. Troubles psychomoteurs

- Maniérisme gestuel
- Stéréotypies motrices (balancement, grattage...)
- Phénomènes en écho : écholalie, échomimie, échopraxie
- Négativisme (refus de la main tendue, regard fuyant...)
- Catalepsie : perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes (rigidité en tuyau de plomb)

### 2.1.6. La dépersonnalisation

Elle correspond à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel à l'origine d'une angoisse intense de néantisation.

## 2.2. Le délire paranoïde

Le délire paranoïde n'est pas systématisé (peu ou pas cohérent). C'est un délire flou, incohérent, impénétrable, chaotique dont les mécanismes sont polymorphes (hallucinations, illusions, intuitions...) et les thèmes souvent intriqués (mystiques, persécutions, influence...). L'adhésion du sujet à son délire est le plus souvent totale et peut déclencher des troubles du comportement (agitation, agressivité, stupeur...)

Le syndrome d'automatisme mental fortement évocateur du diagnostic correspond à une perte de contrôle du sujet sur une partie de ses pensées. Le sujet perçoit un écho de sa pensée, un commentaire de sa pensée ou de ses actes. Il a le sentiment que ses pensées sont volées ou devinées.

## 3. L'autisme

L'autisme schizophrénique correspond à une modification des rapports du sujet au monde caractérisé par :

- Perte de contact avec la réalité (apragmatisme, désintérêt, indifférence affective, athymhormie, incurie...)
- Prédominance de la vie intérieure (fantasmes, monde imaginaire, idées abstraites et hermétiques...)

L'installation de ce monde autistique est à l'origine d'un isolement social sévère.

## 4. Les modes de début

### 4.1. Débuts aigus

#### 4.1.1. Bouffée délirante aiguë

#### *4.1.2. Etat dépressif atypique*

Rechercher des éléments de bizarreries, des préoccupations à thème sexuel, des hallucinations, des stéréotypies...

#### *4.1.3. Etat maniaque*

Repérer toute atypicité (bizarreries, idées délirantes non congruentes à l'humeur...) évocatrice d'une schizophrénie débutante (épisode « schizomaniaque »).

#### *4.1.4. Troubles du comportement*

Gestes auto ou hetero-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs.  
Etats confuso-oniriques.

### **4.2. Début insidieux**

Le diagnostic de schizophrénie est souvent porté tardivement, parfois après plusieurs années d'évolution retardant d'autant l'accès aux soins.

#### *4.2.1. Fléchissement de l'activité (scolaire, professionnelle...)*

Désinvestissement pour les activités habituelles

#### *4.2.2. Modification du caractère*

Repli sur soi, tendance à la rêverie, agressivité, hostilité contre les proches...

#### *4.2.3. Modification de l'affectivité*

Indifférence affective, affectivité marquée par la bizarrerie

#### *4.2.4. Manifestations pseudo-névrotiques*

- Troubles obsessionnels
- Troubles anxieux
- Troubles phobiques
- Préoccupations corporelles (dysmorphophobies)

#### *4.2.5. Troubles du comportement alimentaire*

#### *4.2.6. Toxicomanies, alcoolisme*

## 5. Les formes cliniques

### 5.1. La schizophrénie paranoïde

Prédominance de l'activité délirante paranoïde

### 5.2. La schizophrénie hébéphrénique

Prédominance du syndrome dissociatif et de l'autisme

### 5.3. La schizophrénie catatonique

Prédominance du syndrome dissociatif au niveau psychomoteur.

Cette forme correspond à une perte de l'initiative motrice pouvant évoluer jusqu'à la catalepsie.

### 5.4. Les troubles schizo-affectifs (schizophrénie dysthymique)

Association de troubles schizo-phréniques à des troubles de l'humeur (épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes)

### 5.5. Les schizophrénies pseudo-névrotiques

Manifestations de symptômes d'allures névrotiques (obsessionnels, phobiques, anxieux, hystériques...), souvent à l'origine d'errances diagnostiques.

### 5.6. L'héboïdophrénie

Existence de troubles pseudo-psychopathiques.

## 6. Evolutions cliniques

La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution est très variable d'un individu à l'autre et d'une forme à l'autre.

L'apparition des traitements neuroleptiques au début des années 1950 a considérablement amélioré le pronostic de cette maladie.

Le taux de suicide chez les schizophrènes est très élevé (plus de 10% se suicident)

L'évolution peut se faire par poussées avec des périodes de rémissions.

L'évolution peut être progressive vers un état déficitaire (25% de formes déficitaires)

Dans les formes résiduelles de schizophrénie la symptomatologie est atténuée et caractérisée par la présence de symptômes négatifs.

Facteurs de bon pronostic :

- Début tardif et brutal
- Présence de troubles thymiques
- Forme paranoïde
- Bonne réponse au traitement.
- Entourage familial solide

## 7. Diagnostics différentiels

Rechercher systématiquement une origine organique :

- Traumatisme crânien,
- Epilepsie temporale,
- Processus tumoral
- Encéphalite herpétique
- Neurosyphilis
- Maladie de HUNTINGTON
- Maladie de WILSON
- Lupus
- Toxiques (CO, Cannabis...)

Au moindre doute pratiquer des examens complémentaires (Bilans biologiques, EEG, TDM, IRM...)

## 8. Thérapeutiques

### 8.1. Hospitalisation

Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

### 8.2. Chimiothérapie : Les Neuroleptiques

L'instauration précoce d'un traitement neuroleptique permet l'atténuation plus rapide des symptômes schizophréniques, et améliore le pronostic de la maladie.

- Neuroleptiques antiproductifs (antidélirants) pour traiter les symptômes paranoïdes (ex : HALDOL, SOLIAN)
- Neuroleptiques sédatifs pour atténuer les états d'agitation (ex : NOZINAN, TERCIAN)
- Neuroleptiques desinhibiteurs pour lutter contre les symptômes déficitaires (ex : FLUANXOL, SOLIAN à faible dose)
- Neuroleptiques « atypiques » dont l'action est à la fois antiproductive et antidéficitaire (ex : RISPERDAL, ZYPREXA, LEPONEX)

Favoriser la monothérapie et les nouveaux neuroleptiques (atypiques) mieux tolérés.

Possibilité pour certains neuroleptiques de passer à des formes retard (une injection en IM toutes les 2 à 4 semaines) HALDOL DECANOAS, CLOPIXOL AP..., afin de favoriser la compliance au traitement.

### 8.3. Electroconvulsivothérapie

Indiquée dans les formes catatoniques, et dans les autres formes résistantes au traitement.

### 8.4. Psychothérapie

Psychothérapies de soutien

Thérapies cognitives et comportementales afin de développer les habiletés sociales.

### 8.5. Mesures sociothérapeutiques

Reclassement professionnel

Inscription à la COTOREP

Mesures afin de favoriser une réadaptation socioprofessionnelle : Hôpital de jour, post cure...

#### **Références :**

- Références Universitaires – La Revue du Praticien, Recueil des questions d'internat – disponible en CD-ROM.
- Le livre de l'interne en psychiatrie, J.P. OLIE, T. GALLARDA, E. DUAUX, Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 2000.
- Mémento de thérapeutique psychiatrique, J.L. SENON et coll., Hermann, Paris, 1996.